



HOLMBERG DEUTSCHE SCHULE QUILMES

Departamento de Educación Física

FICHA MÉDICA

Datos personales del alumno

Apellido:	Nombre:	Documento:
F. de Nacimiento:/...../.....	Grupo Sanguíneo:	Factor:
Obra Social:	Nº Afiliado:	
Nombre del Padre, Tutor o Encargado:		

Historia Clínica (*)

Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas

1	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Congénitas	18	<input type="checkbox"/>	Paperas	35	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Sangre
2	<input type="checkbox"/>	Traumatismos	19	<input type="checkbox"/>	Sarampión	36	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Ganglios
3	<input type="checkbox"/>	Operaciones	20	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Digestivas	37	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Vista
4	<input type="checkbox"/>	Golpes Fuertes	21	<input type="checkbox"/>	Hepatitis - Enf. del Hígado	38	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Glandulares
5	<input type="checkbox"/>	Lesiones Articulares	22	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Renales	39	<input type="checkbox"/>	Intervenciones Quirúrgicas
6	<input type="checkbox"/>	Fracturas - Esguinces	23	<input type="checkbox"/>	Infecciones Urinarias	40	<input type="checkbox"/>	Heridas
7	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de los Huesos	24	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Genitales	41	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Piel
8	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Musculares	25	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Neurológicas	42	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Auditivas
9	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática	26	<input type="checkbox"/>	Dolores de Cabeza - Mareos	43	<input type="checkbox"/>	Infecciones Crónicas
10	<input type="checkbox"/>	Artritis - Artrosis	27	<input type="checkbox"/>	Convulsiones - Epilepsia	44	<input type="checkbox"/>	Psoriasis
14	<input type="checkbox"/>	Asma	31	<input type="checkbox"/>	Diabetes	45	<input type="checkbox"/>	Recibió Transfusiones
15	<input type="checkbox"/>	Neumonía - Bronconeumonía	32	<input type="checkbox"/>	Chagas	46	<input type="checkbox"/>	Recibió Hemodiálisis
16	<input type="checkbox"/>	Varicela	33	<input type="checkbox"/>	Soplos del Corazón	47	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial
17	<input type="checkbox"/>	Rubéola	34	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Cardíacas	48	<input type="checkbox"/>	Toma Medicación

Es alérgico a:

<input type="checkbox"/>	Polvo, Polen	<input type="checkbox"/>	Antibióticos
<input type="checkbox"/>	Medicamentos	<input type="checkbox"/>	Picaduras de Insectos
<input type="checkbox"/>	Plumas	<input type="checkbox"/>	Otros (Especificar)
<input type="checkbox"/>	Comidas	

49- Calendario de Vacunación Completo

SI NO
Completar al dorso dosis faltantes

Para ser completado por el médico

Valoración Funcional

Frecuencia Cardíaca Basal	
Frecuencia Respiratoria Basal	
Tensión Arterial Basal	

E.C.G.(obligatorio)

Evaluación Clínica (*)

50	<input type="checkbox"/>	Cabeza y Cuello	54	<input type="checkbox"/>	Boca y Faringe	58	<input type="checkbox"/>	Abdomen
51	<input type="checkbox"/>	Ojos	55	<input type="checkbox"/>	Nariz y Pulmones	59	<input type="checkbox"/>	Columna Vertebral
52	<input type="checkbox"/>	Oídos	56	<input type="checkbox"/>	Corazón	60	<input type="checkbox"/>	Neurológico
53	<input type="checkbox"/>	Toma Medicación (Especificar)	57	<input type="checkbox"/>	Pulsos Periféricos	61	<input type="checkbox"/>	Comentarios de Importancia?

Certifico que.....de.....años de edad, cuya historia clínica queda en....., ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividades deportivas competitivas.

Firma del Médico, Padre, Madre o Responsable

Localidad, Fecha y Hora

(*) En caso de marcar (X) alguna opción por favor aclarar al dorso de la página anteponiendo el número de la opción